



Städtische Kliniken Mönchengladbach

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Städtische Kliniken Mönchengladbach
Institutionskennzeichen:	260510644
Anschrift:	Hubertusstraße 100 41239 Mönchengladbach
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2018-0071 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	SAMA Cert GmbH, Stuttgart
Gültig vom:	25.11.2018
 bis:	24.11.2021
Zertifiziert seit:	25.11.2009

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	6
1. Patientenorientierung	7
2. Mitarbeiterorientierung	10
3. Sicherheit - Risikomanagement	12
4. Informations- und Kommunikationswesen	16
5. Unternehmensführung	17
6. Qualitätsmanagement	19

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement
-

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **Städtischen Kliniken Mönchengladbach** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Die Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH ist Rechtsträgerin des Elisabeth-Krankenhauses Rheydt mit insgesamt 537 Betten und ca. 1200 Beschäftigten. Alleinige Gesellschafterin ist die Stadt Mönchengladbach. Das Elisabeth-Krankenhaus Rheydt, 1967 als Neubau des alten Rheydter Krankenhauses am heutigen Standort eröffnet, ist ein Schwerpunktkrankenhaus mit den Fachabteilungen Allgemein-, Viszeral- und Endokrine Chirurgie; Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie; Unfall- und Gelenkchirurgie; Innere Medizin/Gastroenterologie; Kardiologie und Angiologie; Gynäkologie und Geburtshilfe; Senologie; Pädiatrie und Neonatologie (Perinatalzentrum Level I); Urologie mit Kinderurologie; Zentrum für Geriatrie mit Tagesklinik; Radiologie, Gefäßradiologie und Nuklearmedizin; Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie der Belegabteilung HNO. Darüber hinaus betreibt das Krankenhaus eine eigene Apotheke. Ein Sozialpädiatrisches Zentrum* versorgt Kinder und Jugendliche mit Auffälligkeiten und Störungen aus allen Teilbereichen der Entwicklung ambulant. Für die Kinder von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern steht eine Kindertagesstätte mit einer U3-Betreuung zur Verfügung. Das Elisabeth-Krankenhaus Rheydt bildet ein modernes, zukunftsorientiertes und spezialisiertes Dienstleistungsunternehmen von überregionaler Bedeutung. Die Klinik ist Akademisches Lehr- und Kooperationskrankenhaus der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Im Elisabeth-Krankenhaus Rheydt werden jährlich mehr als 29.000 Patienten stationär und rund 53.000 Patienten ambulant versorgt. Die Anzahl der Patienten ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Die medizinische Kompetenz der Klinik zeichnet sich u.a. durch Bündelung der Leistungsfähigkeit und Spezialisierung in medizinischen Zentren aus. Ein Schwerpunkt der gemeinsamen Versorgung der Frauen- und Kinderklinik ist die Betreuung von Risikoschwangerschaften sowie Früh- und Risikogeburten im Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe (Level 1). Seit 2014 ist die Mutter-Kind-Klinik die stärkste Geburtsklinik in Nordrhein-Westfalen. Neben dem von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie zertifizierten Gefäßzentrum Mönchengladbach bestehen das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Mönchengladbach-Niederrhein (Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.) sowie das Darmkrebszentrum (Deutsche Krebsgesellschaft). Darüber hinaus existieren weitere, zum Teil fachgesellschaftsspezifische Zertifizierungen. Gemeinsam mit einem Nachbarkrankenhaus betreibt die Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH das Schulzentrum für Gesundheitsberufe am Niederrhein GmbH (SGN) mit 165 Auszubildenden der Gesundheits- und Kranken- sowie Kinderkrankenpflege. Patientenferne Dienstleistungen werden in der Kliniken-Service-Gesellschaft Mönchengladbach mbH, einer 100%igen Tochter der Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH, erbracht. Zusätzlich bestehen Kooperationen mit auf dem Krankenhausgelände ansässigen niedergelassenen Ärzten* (Dialyse, Laboratoriumsmedizin, Onkologie, Diabetologie) und einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)*.

Die Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH wurde im Oktober 2009 nach KTQ® erstzertifiziert und in Dreijahreszeiträumen jeweils erfolgreich re-zertifiziert. Für die Projekte „Gründung und Implementierung des Klinischen Ethik-Komitees“ und „Integrative Versorgung von Patienten mit altersbedingten kognitiven Einschränkungen“ wurde die Klinik mit zwei KTQ-Awards (2012 und 2014) ausgezeichnet.

* nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Patienten können sich im Vorfeld eines Aufenthaltes über das Leistungsspektrum auf der Internetseite, über Printmedien oder persönlich informieren. Termine für elektive Eingriffe/Behandlungen werden in der Regel mit den Einweisern vereinbart. Über den Ablauf der Aufnahme werden die Patienten durch die Mitarbeiter des ärztlichen und pflegerischen Dienstes informiert. Die Patienten werden von den Mitarbeitern der administrativen Patientenaufnahme sowie der Ambulanzen bzw. Stationen empfangen. Die administrative Aufnahme erfolgt entweder prästationär oder am Aufnahmetag. Notfälle werden bei der Aufnahme vorgezogen. Die Klinik ist verkehrstechnisch gut zu erreichen und an den ÖPNV angebunden. Ein Parkdeck ist vorhanden, ein Taxistand befindet sich vor dem Krankenhaus. Ein Wegeleitsystem erleichtert das Auffinden des Zielortes.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Die Behandlung und Pflege erfolgen auf der Grundlage von Leitlinien und Standards. Abteilungsinterne, verbindliche Leitlinien stehen den Mitarbeitern über das Intranet und in Handbüchern zur Verfügung. Sie werden regelmäßig überprüft, aktualisiert und geschult. Die Pflege orientiert sich an den Experten- und Pflegestandards. Expertenstandards sind umgesetzt.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Wir planen Diagnostik, Therapie und Entlassung sowie Weiterbehandlung gemeinsam mit dem Patienten bzw. der Bezugsperson. Zur Umsetzung werden Wünsche, Erwartungen, Ressourcen und Fähigkeiten des Patienten bei der Aufnahme erfragt, dokumentiert und evaluiert und bei der Behandlungsplanung entsprechend berücksichtigt. Für Informationen stehen neben den Mitarbeitern auch Flyer, weitere Print-Medien sowie die Homepage zur Verfügung. Darüber hinaus werden Patientenseminare und individuelle Beratungen angeboten. Aufklärungsdokumente stehen in verschiedenen Sprachen zur Verfügung. Ein hausinterner Dolmetscherdienst ist eingerichtet. Eine seelsorgerische Betreuung ist jederzeit sichergestellt. Ein Neurologe/Psychiater kann intern konsiliarisch hinzugezogen werden.

1.1.4 Ernährung und Service

Die Patientenzimmer sind nahezu vollumfänglich mit Telefon, TV und einem Tresor ausgestattet und verfügen über eine Nasszelle incl. WC. Auf allen Stationen sind offene Bereiche (Kaffeebar) eingerichtet, um sich jederzeit kostenlos mit Getränken (Tee, Kaffee und Wasser) versorgen zu können. Frühstück, Mittag- und Abendessen wählen die Patienten über den wöchentlichen Speiseplan aus. Kulturelle und religiöse Besonderheiten sowie Diäten werden berücksichtigt. Eine Ernährungsmanagerin und Diätassistenten können zur Ernährungsberatung hinzugezogen werden. Pflegende sind bei Bedarf bei der Nahrungsaufnahme behilflich. Ein Konzept "Ehrenamtliche Mitarbeit" ist vorhanden und wird gelebt. Für kognitiv eingeschränkte Patienten und deren Familien gibt es umfangreiche spezielle Angebote.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Notfälle werden in der Notfall-Ambulanz aufgenommen. Die Dringlichkeit der Behandlung orientiert sich an der akuten Gefährdung des Patienten und der vorliegenden Verdachtsdiagnose. In Abhängigkeit vom Zustand des Patienten werden Diagnostik und Therapie gemeinsam mit dem Patienten bzw. der Bezugsperson geplant. Die Übernahme der Patienten erfolgt nach telefonischer Ankündigung des Rettungsdienstes durch den diensthabenden Arzt und das Pflegepersonal. In der Kinderklinik werden lebensbedrohliche Notfälle nach telefonischer Ankündigung durch den Rettungsdienst direkt auf der Intensivstation aufgenommen. Die Behandlung von Arbeitsunfällen unterliegt den Vorgaben der gesetzlichen Unfallversicherung. Eine D-Arzt-Zulassung ist vorhanden. Im Krankenhaus früher erstellte Befunde und Dokumente stehen rund um die Uhr zur Verfügung. Verbleibt der Patient stationär im Krankenhaus, wird die aufnehmende Abteilung rechtzeitig informiert.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Ambulante Diagnostik und Behandlung werden über die Ambulanzen (auch Notfall-Ambulanz) angeboten. Bei jedem Patienten findet eine fachärztliche, körperliche und evtl. apparative Untersuchung statt, um zu entscheiden, ob eine ambulante Versorgung ausreicht oder eine stationäre Aufnahme notwendig ist. In den Ambulanzen finden wöchentliche Sprechstunden statt. Die Diagnostik und Behandlung von Arbeitsunfällen (BG) erfolgt 24h in der Notfall-Ambulanz. Es werden vor- und nachstationäre Leistungen entsprechend § 115a SGB V angeboten. Ein Sozialpädiatrisches Zentrum ist eingerichtet.

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen werden von den Fachabteilungen geplant, koordiniert und durchgeführt. Prästationär wird die Durchführbarkeit der OP als ambulante OP geprüft. Die Aufklärung und Einwilligung des Patienten erfolgen fristgerecht anhand von Aufklärungsbögen. Am OP-Tag findet die Aufnahme und Betreuung erwachsener Patienten in der Regel auf der Kurzlieger-Station statt, Kinder werden im Zentrum für Kinder und Jugendliche altersentsprechend aufgenommen. Die OP erfolgt im Zentral-OP, die postoperative Überwachung im Aufwachraum. Im Bedarfsfall wird eine postoperative Schmerztherapie durchgeführt. Im Rahmen einer Abschlussuntersuchung erfolgen eine Feststellung der Entlassungsfähigkeit durch die operierende Fachabteilung sowie die Anästhesie, außerdem die Informationen über eine notwendige Nachbehandlung in Sprechstunden und Verhaltensempfehlungen. Die erforderlichen Dokumente werden dem Patienten bei der Entlassung ausgehändigt.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Die stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung beginnt mit den Aufnahmeformalitäten und der ärztlichen und pflegerischen Anamnese. Die Festlegung der medizinischen Behandlungsziele sowie der Behandlungsprozess werden entsprechend gestaltet. Die Steuerung des individuellen Behandlungsablaufs erfolgt unter Beteiligung der Patienten durch den verantwortlichen Arzt in Absprache mit dem zuständigen Ober- bzw. Chefarzt. Die Behandlung und Pflege erfolgen gemäß wissenschaftlicher Leitlinien und Standards. Neben der Behandlung in den Funktionsbereichen ist eine erweiterte Versorgung durch eine externe Dialyseabteilung möglich. Konsiliarärzte können bei Bedarf hinzugezogen werden. Eine eigene Apotheke sichert die schnelle Versorgung mit Medikamenten. Röntgen-, MRT- und CT-Bilder stehen den be-

handelnden Ärzten elektronisch zur Verfügung. Erhobene Befunde aus dem im Haus ansässigen externen Labor und den Funktionsabteilungen stehen ebenfalls elektronisch zur Verfügung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Steuerung des individuellen Behandlungsablaufs erfolgt durch den verantwortlichen Arzt in Absprache mit dem zuständigen Ober- bzw. Chefarzt. Die Planung erfolgt unter Einbeziehung des an der Behandlung beteiligten therapeutischen und sonstigen Personals. Die Schmerztherapie erfolgt abgestuft, leitlinienkonform und individuell angepasst. Die Mobilisation der Patienten erfolgt unter kinästhetischen Aspekten diagnosebezogen nach ärztlicher Anordnung bzw. Standard und orientiert sich an den Ressourcen. Prophylaxen werden bedarfsgerecht durchgeführt. Zur Meldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen ist ein Verfahren etabliert.

1.4.3 Operative Prozesse

In der OP-Geschäftsordnung sind die OP-Organisation und Verantwortlichkeiten geregelt. Die OP-Koordination wird durch den OP-Manager in Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen und Anästhesisten vorgenommen. Durch Bereitschafts- und Rufdienste steht das OP-Personal rund um die Uhr zur Verfügung. Die elektronische Patientenakte ist überwiegend umgesetzt. Die Aufklärung der Patienten findet in der Regel spätestens am Vortag statt, die OP-Vorbereitung erfolgt auf den Stationen. Zur OP liegen OP- und Narkoseeinwilligung des Patienten schriftlich vor. Es steht ein anästhesiologischer Schmerzkonsiliar-dienst zur Verfügung.

1.4.4 Visite

In allen Fachabteilungen finden tägliche Visiten gemeinsam mit Ärzten und Pflegekräften statt, i.A. auch Wochenenden und Feiertagen. Andere an der Behandlung beteiligte Berufsgruppen werden regelmäßig hinzugezogen. Zusätzlich erfolgen Oberarzt- und Chefarztvisiten. Alle Anordnungen und Befunde werden während der Visite elektronisch dokumentiert.

1.5.1 Entlassungsprozess

Die Entlassung eines Patienten wird von Beginn an geplant. Um Versorgungslücken zu vermeiden, erfolgt innerhalb 24 Stunden eine Pflegebedarfsermittlung, damit auf dieser Grundlage die weitere Versorgung, u.a. von Medikamenten und Hilfsmitteln, organisiert wird. Das Team Entlassmanagement wird bei Bedarf hinzugezogen und leitet die Weiterversorgung in einer anderen Einrichtung oder zu Hause ein. Bei Bedarf wird beim MDK ein Pflegegradantrag gestellt. Ein Entlassungsbericht und weitere erforderliche Dokumente werden dem Patienten am Entlassungstag mitgegeben. Der zuständige Arzt führt ein Entlassgespräch und gibt Empfehlungen zur weiteren Versorgung.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Unsere Leitsätze zur ethischen Werthaltung finden Beachtung. In der Sterbephase werden die Patienten i.d.R. in ein Einzelzimmer verlegt. Es stehen Palliativmediziner sowie in Palliative Care weitergebildete Pflegekräfte zur Verfügung, sowie ein ehrenamtlicher Hospizdienst. Ein Klinisches Ethik-Komitee ist etabliert. Kulturelle, religiöse u. spirituelle Bedürfnisse, Rituale und Wünsche des Patienten finden Berücksichtigung. Seelsorger der christlichen Kirchen sind in Rufbereitschaft und begleiten auf Wunsch die Patien-

ten. Bei Bedarf werden Vorsteher anderer Religionsgemeinschaften einbezogen. Angehörige werden auf Wunsch in die Versorgung und Begleitung einbezogen.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Im würdevollen Umgang mit Verstorbenen wird darauf geachtet, dass sie nach Möglichkeit auf der Station verbleiben, bis sich Familienangehörige verabschieden konnten. Diese werden auf Wunsch in die Versorgung des Verstorbenen einbezogen. Ein Verabschiedungsraum steht zur Verfügung. Bei der Versorgung des Verstorbenen werden persönliche, kulturelle u. religiöse Wünsche des Verstorbenen und seiner Angehörigen berücksichtigt. Angehörigen wird Hilfe bei der Trauerbewältigung angeboten. Ein Konzept zum Umgang mit Fehl- und Totgeburten ist vorhanden. Einmal jährlich findet in der Kapelle eine Gedenkfeier für die verstorbenen Kinder statt.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Um eine hohe behandlungs- und Pflegequalität sicherzustellen, erfolgt die Personalplanung grundsätzlich bedarfsgerecht mittels anerkannter Anhaltszahlen, die gleichzeitig als Kennzahl zu einer leistungsgerechten Stellenverteilung führt. Bei Organisations- und Leistungsveränderungen wird unter Berücksichtigung der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes die Personalausstattung kontinuierlich den aktuellen Anforderungen angepasst. In kleineren Bereichen ist eine Mindestbesetzung festgelegt. Im Pflegedienst wird ein Anteil von 3-jährig Examinierten von ca. 85% angestrebt.

2.1.2 Personalentwicklung

Durch Personalentwicklungsgespräche und -maßnahmen werden Mitarbeiter individuell gefördert und gefordert sowie die Kenntnisse und Fähigkeiten der Mitarbeiter an stetig wachsende Anforderungen angepasst. Die Qualifikations- und Karriereplanung erfolgt in den jährlichen Mitarbeitergesprächen, weiteren Einzelgesprächen sowie im Rahmen regelmäßig stattfindender Leitungsbesprechungen. Als Kriterien für die Personalentwicklung im ärztlichen Bereich dienen insbesondere die Facharztquoten und/oder die Anzahl der Ärzte in Weiterbildung sowie die Anzahl der Medizinstudenten im praktischen Jahr. Für die Planung der Fort- und Weiterbildung stehen neben gesetzlichen Vorgaben umfangreiche fachspezifische Themen im Vordergrund, die ergänzt werden um Angebote zur Förderung der Kompetenzen der Mitarbeiter. Zudem stehen externe Qualifizierungsmöglichkeiten wie Fachweiterbildungen zur Verfügung. Wir fördern den beruflichen Aufstieg durch bevorzugte Berücksichtigung interner Bewerber. Ein Beurteilungssystem ist umgesetzt. Die Evaluation der Zufriedenheit mit der Personalentwicklung erfolgt über Mitarbeiterbefragungen und in persönlichen Gesprächen.

2.1.3 Einarbeitung

Zur Einführung neuer Mitarbeiter existiert ein berufsgruppenübergreifendes und krankenhausweites schriftliches Konzept. Ein Pate betreut die neuen Mitarbeiter während der Einarbeitung. Bei den eintägigen Einführungsveranstaltungen für neue Mitarbeiter werden umfassende Informationen gegeben, außerdem die Vermittlung vorgeschriebener Unterweisungsinhalte. Die Veranstaltung wird durch die Abteilun-

gen Personalservice, Qualitätsmanagement, Öffentlichkeitsarbeit, Arbeitsschutzmanagement, Brandschutz, Datenschutz, Reanimation und Hygienemanagement sowie den Abfallbeauftragten durchgeführt. Alle neuen Mitarbeiter erhalten zusätzlich eine Info-Mappe.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Träger des Schulzentrums für Gesundheitsberufe am Niederrhein (SGN) sind die SK-MG und die Johanner GmbH Evangelisches Krankenhaus Bethesda Mönchengladbach. Das Schulzentrum bietet die Ausbildung in der Gesundheits- u. Krankenpflege sowie in der Gesundheits- u. Kinderkrankenpflege an. Jedem Schüler wird ein weitergebildeter Mentor (Praxisanleiter) zugeordnet. Fest geplante Reflexionsgespräche mit den Praxisanleitern und Beurteilungen der Auszubildenden sollen dazu beitragen, den Ausbildungserfolg zu sichern. In der Verwaltung werden Bürokaufleute und Fachinformatiker ausgebildet. Die fortlaufende Qualifizierung der Mitarbeiter und damit die Weiterentwicklung der fachlichen Expertise stellt eine entscheidende Basis der Personalentwicklung dar. Eine interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe plant gemeinsam die berufsübergreifenden Pflichtfortbildungen sowie Fortbildungen zur Handlungs-, Fach-, Methoden und Sozialkompetenz unter Einbeziehung der Anregungen der Abteilungen. Für die Facharztweiterbildung gibt es eine abteilungsspezifische Planung in Form von Curricula. Jede Fortbildungsveranstaltung wird anhand eines standardisierten Rückmeldebogens schriftlich evaluiert und statistisch ausgewertet. Das Jahresprogramm der Fort- und Weiterbildung wird im Intranet und Internet veröffentlicht. Die Anmelde- und Teilnahmestatistik wird halbjährlich ausgewertet und im Folgejahr berücksichtigt. Ein IDV-Schulungsraum steht zur Verfügung. Darüber hinaus haben Mitarbeiter die Möglichkeit, an externen Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Die Kosten hierfür werden gemäß einer Kategorisierung (muss-soll-kann) berücksichtigt. Die Fachabteilungen bieten zusätzlich Fortbildungen für niedergelassene Ärzte an. Räumlichkeiten und Medien stehen zur Verfügung. Die Mitarbeiter haben Zugriff auf das Intranet und Internet. Den Mitarbeitern wird der Zugang zu Fachzeitschriften und -bibliotheken über Printmedien und das elektronische LISS-Portal ermöglicht.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Die Planungen der Arbeitszeit-Regelungen verfolgen einerseits das Ziel, die Patientenversorgung sicher zu stellen und andererseits, die Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiter in größtmöglichem Umfang durch Ermöglichung diverser Arbeitszeiten zu erfüllen. Es werden zahlreiche Teilzeitmodelle angeboten. Zur Förderung der Flexibilität werden außerdem Springer und Aushilfen eingesetzt. Für die Dienstplanung, -erfassung und -verwaltung kommt ein elektronisches Zeitwirtschaftssystem zum Einsatz. Die Arbeitszeitmodelle orientieren sich an gesetzlichen und abteilungsspezifischen Erfordernisse sowie Mitarbeiterwünschen. In verschiedenen Berufsgruppen schließt sich -unter Beachtung des Arbeitszeitgesetzes- an die Regelarbeitszeit Bereitschafts- bzw. Rufdienst an.

2.1.6 Ideenmanagement

Ein betriebliches Vorschlagwesen ist etabliert, mittels dessen gute Ideen von Mitarbeitern belohnt werden sollen. Lösungsideen und Vorschläge werden durch eine Bewertungskommission geprüft und bei Eignung prämiert und umgesetzt. Die Festsetzung der Prämie erfolgt nach einem Punkte-System, diese wird über die Gehaltszahlung an den Vorschlagenden ausgezahlt. Ansprechpartner für Beschwerden und Wünsche

von Mitarbeitern ist in der Regel die direkte Führungskraft. Beschwerden können auch direkt an den Betriebsrat oder an die Geschäftsführung gerichtet werden. Für Beschwerden, die das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz betreffen, ist ein geregeltes Verfahren etabliert.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Handlungsleitend für das klinische Risikomanagement sind u.a. die gesetzlichen Anforderungen und Empfehlungen von Fachgremien. Im Rahmen der regelmäßigen Selbstbewertung wird insbesondere unter der Berücksichtigung der Sicherheitsrelevanz der Stand der Umsetzung erhoben und bewertet. Risikoaudits werden in Hochsicherheitsbereichen durchgeführt. Klinikweit kommt ein elektronisches Critical Incident Reporting System (CIRS) zum Einsatz. Eine Beteiligung an einem krankenhausübergreifenden Meldesystem erfolgt. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen werden strukturiert durchgeführt und ausgewertet. Ein niederschwelliges Beschwerdemanagement ist etabliert, Jahresberichte werden erstellt. Befragungen bei den relevanten Zielgruppen werden systematisch durchgeführt. Der Umgang mit Behandlungsfehlervorwürfen und Schadenfällen ist klinikweit geregelt. Eine Auswertung und Analyse erfolgt regelmäßig.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Ziel ist es, den Patienten vor Eigen- oder Fremdgefährdung zu schützen. Alle Patienten erhalten zu Beginn der stationären Aufnahme ein Patientenidentifikationsarmband. Patienten, die einer besonderen Aufsicht bedürfen, werden z. B. durch erhöhte Aufmerksamkeit der Mitarbeiter sowie durch technische Vorrichtungen geschützt. Überwachungspflichtige Patienten werden entsprechend der jeweiligen Erfordernisse überwacht, z.B. über Monitoring auf den Intensivstationen und im Aufwachraum sowie ggf. über zusätzliche Sitzwachen. Prämedizierte Patienten werden durch examiniertes Personal transportiert. Nicht orientierte Patienten -z.B. der Geriatrie - erhalten bei Bedarf einen elektronischen Clip, der beim ungeplanten Verlassen der Station einen Warnruf abgibt. In allen anderen Fachabteilungen tragen nicht vollständig orientierte Patienten -unabhängig der Diagnose Demenz- bei Bedarf ein grünes Patientenarmband, um einen erhöhten Aufmerksamkeitsbedarf zu kennzeichnen. Patienten unter 14 Jahren dürfen die Station nur in Begleitung Erwachsener verlassen. In den Aufenthaltsbereichen der Kinderklinik müssen Erzieher, Pflegende oder Eltern anwesend sein. Das Neugeborenenzimmer ist nur für Personal zugänglich. Durch die Übertragung von Verantwortlichkeiten wird die Erfüllung der Aufsichtspflicht generell sichergestellt. Zum Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung wurde u.a. ein Standard zur Sturzprophylaxe entwickelt. In der Kinderklinik wird das Mobiliar kindersicher ausgewählt und die Räumlichkeiten entsprechend gestaltet. Für den OP wurde eine Verfahrensweisung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen erstellt. Bei Patienten mit Anzeichen von Fremd- oder Selbstgefährdung werden der psychiatrische Konsiliardienst hinzugezogen und evtl. weitere Maßnahmen eingeleitet.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Qualifizierte Mitarbeiter gewährleisten rund um die Uhr die Sicherstellung eines effizienten Notfallmanagement. Die Mitarbeiter werden regelmäßig in dienstverpflichtenden Reanimationsschulungen durch Fachkundige geschult, um ein kontinuierlich hohes Qualifikationsniveau der Mitarbeiter für den Ernstfall sicherzustellen. Handlungsanweisungen zur standardisierten Vorgehensweise bei medizinischen Notfällen sind erstellt und den Mitarbeitern bekannt. Über den 24-h-Reanimationsfunk kann ein gesondertes Reanimationsteam jederzeit erreicht werden. Der Standort der Notfallkoffer bzw. Notfallwagen ist den Mitarbeitern bekannt.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Eine Hygienekommission ist etabliert, hygienebeauftragte Ärzte, hygienebeauftragte Pflegekräfte und Hygienefachkräfte sind bestellt. Der externe Krankenhaushygieniker unterstützt laufend die Hygienekommission und die Fachkräfte des Hauses. Es existiert ein Hygieneplan, der für alle relevanten Bereiche verbindlich ist. Um eine hygienische Arbeitsweise zu gewährleisten, werden regelmäßig Schulungen, Begehungen und Überprüfungen durchgeführt. Die Ergebnisse werden rückgemeldet und Maßnahmen abgeleitet.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Hygienerrelevante Daten werden klinikweit auf gesetzlicher sowie freiwilliger Basis erhoben, zum Teil mit dem KISS-Modul des Nationalen Referenzzentrums. Infektionsstatistiken und laborärztlich kommentierte Keimresistenzstatistiken werden regelmäßig erstellt und abteilungsbezogen, z.B. durch die Hygiene- und Arzneimittelkommission, analysiert. Die Meldewege sind festgelegt. Zur Optimierung der Händehygiene beteiligt sich das Haus regelmäßig an Maßnahmen. Die Festlegungen zur Planung der hygienischen Untersuchungen erfolgt durch die Hygienekommission. Alle Handlungsanweisungen zur Durchführung von hygiesichernden Maßnahmen und das Vorgehen bei meldepflichtigen Erkrankungen stehen den Mitarbeitern über das Intranet zur Verfügung. Durch die Hygienefachkräfte werden regelmäßige Schulungen angeboten. Die Hygienefachkräfte, und die hygienebeauftragten Ärzte und die Hygienebeauftragten der Pflege stehen den Mitarbeitern als Ansprechpartner beratend zur Verfügung. Neue Mitarbeiter werden im Rahmen der Einführungsveranstaltung unterwiesen.

3.1.6 Arzneimittel

Die Beschaffung erfolgt über die Abteilung Apotheke/Einkauf und über das Blutdepot. Die Versorgung rund um die Uhr mit Arzneimitteln ist gesichert. Dienstanweisungen zum Umgang mit Arzneimitteln, Medizinprodukten und Betäubungsmitteln liegen umfassend vor. Das Bestellwesen und die Belieferung der Stationen sind effektiv organisiert. Bei der Auswahl der Produkte werden sowohl die Anforderungen der Anwender als auch hygienische und ökologische Aspekte berücksichtigt. Die Anwendung von Arzneimitteln erfolgt aufgrund ärztlicher Anordnung und unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften. In der Arzneimittelkommission werden die für das Haus geeigneten Arzneimittel in einer Arzneimittelliste festgelegt. Spezielle Medikamente werden in Absprache mit dem verantwortlichen Arzt durch die Apotheke zeitnah beschafft.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Ein transfusionsverantwortlicher Arzt sowie transfusionsbeauftragte Ärzte in den Fachabteilungen sind bestellt. Alle Regelungen zur Anwendung von Blut- und Blutprodukten sind in einem Qualitätsmanagementhandbuch mit Handlungsanweisungen schriftlich festgelegt und jederzeit im Intranet einsehbar. Das etablierte Hämotherapie-Qualitätssicherungssystem gewährleistet die Einhaltung der Forderungen des Transfusionsgesetzes und der Hämotherapie-Richtlinien der Bundesärztekammer. Der Transfusionsverantwortliche organisiert die dienstverpflichtenden Schulungen für die Mitarbeiter. Die Qualitätskontrollen führt die bestellte Qualitätsbeauftragte für das Transfusionswesen durch. Die Möglichkeit der Eigenblutspende ist grundsätzlich gegeben.

3.1.8 Medizinprodukte

Zur Umsetzung des Medizinproduktegesetzes und der Medizinproduktebetriebersverordnung liegen diverse Handlungsanweisungen vor, in denen Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sowie die Erfordernisse für die Dokumentation geregelt sind. Herstellereinweisungen werden durch die Abteilung Medizintechnik organisiert. Das Verfahren von Einweisungen neuer Mitarbeiter und Wiederholungseinweisungen ist geregelt und kann über eine Dokumentationsmatrix jederzeit überprüft werden. Die Organisation und ggf. die Durchführung der Wartung und Instandhaltung obliegt der Medizintechnik.

3.2.1 Arbeitsschutz

In der Grundsatzklärung zum Arbeitsschutz hat die Betriebsleitung grundlegende Arbeitsschutzziele definiert. Ziel des Arbeitsschutzmanagementsystems ist, das Risiko von Unfällen u. gesundheitlichen Belastungen für alle Beschäftigten sowie negative Auswirkungen auf andere Personen, Sachgüter und die Umwelt zu minimieren. Entsprechende Gremien sind eingerichtet. Die erforderlichen Funktionsträger sind bestellt und aktiv tätig. Arbeitsplatzbegehungen zur Gefährdungsbeurteilung, auch der psychischen Gefährdungsbeurteilung, und Unterweisungen werden regelmäßig durchgeführt. Die durch den Arbeitsschutzausschuss festgelegten notwendigen Maßnahmen zum Arbeitsschutz und zur Gesundheitsförderung werden in Absprache mit der Geschäftsführung umgesetzt. Die Mitarbeiter werden durch den Betriebsärztlichen Dienst untersucht und beraten. Zur Förderung des Gesundheitsschutzes werden regelmäßig Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung, z.B. Gesundheitstage, Thementage durchgeführt und die Teilnahme an Betriebssportgemeinschaften ermöglicht. Um neueste Erkenntnisse im Arbeitsschutz umzusetzen, erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft.

3.2.2 Brandschutz

Ein Brandschutzkonzept ist in Zusammenarbeit mit externen Experten erarbeitet und wird laufend umgesetzt und ggf. fortgeschrieben. Ein Alarm- und Notfallplan für externe und interne Schadensfälle ist in Abstimmung mit der örtlichen Berufsfeuerwehr erstellt und den Mitarbeitern bekannt. Er beinhaltet auch die Regelungen des gesamten Brandschutzes. Ein Brandschutzbeauftragter ist bestellt. Die vorgeschriebenen Prüfintervalle der Brandmeldeanlage, Feuerlöscher etc. werden eingehalten. Die sicherheitstechnischen Einrichtungen sind vorhanden. In allen Bereichen existieren Flucht- und Rettungswegepläne. Für den Alarmfall bei Feuer ist eine Krankenhaus-Einsatzleitung etabliert, die der Feuerwehr und der Polizei

als Ansprechpartner zur Verfügung steht und alle Notfallmaßnahmen des Krankenhauses koordiniert. Regelmäßig werden dienstverpflichtende Brandschutzunterweisungen angeboten.

3.2.3 Datenschutz

Die Anforderungen an den Datenschutz sind in einer Dienstanweisung geregelt. Der Datenschutzbeauftragte führt jährlich Unterweisungen der Mitarbeiter durch und überprüft die Einhaltung der Datenschutzvorgaben. Ein Datenschutzjahresbericht wird erstellt.

3.2.4 Umweltschutz

Durch die Betriebsleitung wurde eine Grundsatzerklärung zum Umweltschutz definiert. Sie enthält Rahmenvorgaben für die zu erreichenden Umweltziele. Auf der Grundlage der Ziele werden die erforderlichen Maßnahmen abgeleitet. Die gesetzlichen Vorgaben zum Umweltschutz, die sich auch in der Energieeinsparverordnung wiederfinden, werden von den extern eingesetzten Fachplanern umgesetzt und berücksichtigt. Bauvorhaben werden unter Einbeziehung ökologischer Gesichtspunkte geplant und realisiert. Bei Neubauten finden die gesetzlichen Vorgaben zum ressourcenschonenden Bau und Betrieb Berücksichtigung. Abfallstoffe werden - soweit möglich - getrennt gesammelt. Es existiert ein zukunftsorientiertes Energieeinsparkonzept. Die Einhaltung wird über die Verbrauchsdaten für Betriebsmittel, Energie, Wasser und Abfallmengen sowie anhand von Begehungen kontrolliert und Optimierungspotential aufgezeigt.

3.2.5 Katastrophenschutz

Ziel ist es, für interne und externe Gefahrenlagen abgestimmte Handlungskonzepte vorzuhalten, die es ermöglichen, den Betrieb des Hauses auf diese Notlagen einzustellen. Die erstellten Einsatz- und Alarmpläne sind nach landesweit einheitlich geregelten Vorschriften erstellt, werden bei Bedarf aktualisiert und spiegeln die Einbindung des Krankenhauses in den Katastrophenschutz nach Landesrecht wider. Entsprechend der Vorgaben der Landesregierung wurde für das Haus in enger Zusammenarbeit mit der örtlichen Berufsfeuerwehr ein Alarm- und Notfallplan erstellt. Er umfasst sowohl medizinische als auch nicht-medizinische Notfallsituationen. Außerdem enthält er Regelungen zum Ausbruch von Seuchen und Influenza-Pandemie. Detaillierte Verfahrensanweisungen zum Vorgehen bei Alarmfällen sowie die Regelung der Verantwortlichkeiten einschließlich Ablaufschema und Prüflisten ergänzen den Alarm- und Notfallplan. Das Alarmierungsverfahren ist automatisiert und den Mitarbeitern bekannt. Eine Krankenhaus-Einsatzleitung ist etabliert, die Verantwortlichkeiten sind geregelt, die Struktur entspricht der Einsatzleitungsgliederung bei Polizei und Feuerwehr. Die Krankenhaus-Alarmpläne aller Mönchengladbacher Krankenhäuser sind mit Gesundheitsamt und Feuerwehr abgestimmt und vereinheitlicht. Die Mitarbeiter des Hauses sind mit den Aufgaben vertraut, die Einsatzpläne und Handlungsanweisungen sind an den entsprechenden Stellen in "Notfallordnern" sowie im Intranet einsehbar. Ein geregeltes Verfahren mit technischer Unterstützung stellt die Alarmierungskette im Notfall sicher.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Durch die Etablierung einer entsprechenden Organisation und Vorsorgemaßnahmen ist die Klinik bei Ausfall von Versorgungsstrukturen über einen definierten Zeitraum in der Lage, wesentliche Betriebsfunktionen aufrecht zu erhalten. Präventivmaßnahmen zur Senkung der Störfallhäufigkeit z.B. Wartungsmanagement, wurden umgesetzt. Bei größeren Schadensereignissen greift der Notfallplan der Klinik.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die IT-Rahmen-Strategie wird kontinuierlich den Anforderungen angepasst. Ein Sicherheitskonzept ist vorhanden und ein Ausfallkonzept ist implementiert. Gegen externe Angriffe ist das System mehrfach gesichert. Die Zugriffsrechte sind in Berechtigungskonzepten geregelt. Ein umfassendes Krankenhausinformationssystem ist etabliert. Ergänzend stehen ein E-Mail-Programm, Intranet und Internet sowie spezifische Software zur Verfügung. Die permanente Verfügbarkeit wird durch ein Überwachungssystem inkl. Alarmierung und den 24h-Rufdienst sichergestellt. Eine IT-Hotline bietet schnelle Hilfe und Problemlösungen. Regelmäßige Schulungen diverser Programme werden angeboten. Bei Einführung neuer Systeme werden Führungskräfte und Mitarbeiter projektbezogen beteiligt und geschult. Den Patienten steht bei Bedarf ein WLAN-Zugang zur Verfügung. Die Klinik ist Mitglied des Traumanetzwerkes, das eine eFallakte bereitstellt.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Die Dokumentation der Behandlung ist Bestandteil der Leistungen für unsere Patienten. Die Dokumentation ist in einer Dienstanweisung geregelt und bezieht sich auf die Verantwortlichkeiten, die Aufzeichnung der Maßnahmen der an der Behandlung Beteiligten, insbesondere auf Anamnese, Diagnose, Therapie, Krankheitsverlauf, Maßnahmen und deren Evaluation.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Für Berechtigte ist ein zeitlich uneingeschränkter Zugriff auf die Patientendokumentation gewährleistet. So ist eine hohe und zeitnahe Verfügbarkeit der Daten gesichert. Für jeden stationären Aufenthalt wird grundsätzlich ein neuer Fall angelegt. Mit dem Bildverwaltungs- und Archivierungssystem der Radiologie stehen Röntgen-, MRT- und CT-Bilder sowie -befunde permanent zur Verfügung. Die digitale Langzeitarchivierung erfolgt rechts- und revisionssicher entsprechend der geltenden Vorschriften.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Ein umfassendes Besprechungs- und Berichtswesen ist etabliert. Die Geschäftsführung informiert in regelmäßigen Besprechungsrunden zu Strategien, Zielsetzungen, aktuellen Entwicklungen und allen Daten, die zur Steuerung der Klinik notwendig sind. Der Meldeweg über außergewöhnliche Ereignisse ist definiert. Über wichtige Daten wird die Geschäftsführung regelmäßig durch die zuständigen Führungskräfte informiert (z.B. Infektionen, Schadensfälle). Weiterhin erhält die Krankenhausleitung interne Informationen durch Auswertungen, z.B. von Einweiserstatistiken, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, OP-Plänen sowie aus dem Beschwerdemanagement. Wichtige Informationen aus der örtlichen und überörtlichen Presse werden täglich ausgewertet und der Geschäftsführung zur Verfügung gestellt

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Wichtige Informationen werden innerhalb des Hauses über Rundschreiben, Protokolle, das Intranet oder über das Mitarbeitermagazin "INTERN" bekannt gegeben. In vielen Abteilungen finden regelmäßig interdisziplinäre Besprechungen statt (z. B. Tumorkonferenzen, Team), die einen patientenbezogenen Informationsfluss sichern. Ein Mailsystem steht den Mitarbeitern zur Kommunikation zur Verfügung. Informa-

tionen über den Zustand des Patienten sind Berechtigten durch die elektronische Patientenakte jederzeit zugänglich. Die interessierte Öffentlichkeit wird kontinuierlich mittels diverser Medien informiert und es finden Vortragsveranstaltungen statt. Über die Website haben alle User Zugang zu umfassenden Informationen zum Leistungsspektrum und allgemeinen Informationen sowie zu Wissenswertem für Ärzte, Patienten, Besucher und Kooperations-Partnern. Auf der Website finden sich u.a. Veranstaltungshinweise, Pressemitteilungen, ein medizinisches Glossar sowie ein Körperatlas und eine Babygalerie. Der Qualitätsbericht und diverse Flyer stehen zum Download bereit. Die Mitarbeiter der Information/Telefonzentrale sind oft erster Ansprechpartner für Patienten und Angehörige und zentrale Auskunftsstelle. Eine 24-Stunden-Besetzung ist gewährleistet. Die Mitarbeiter haben einen definierten Zugriff auf aktuelle Daten aus dem Krankenhausinformationssystem. Im Falle einer technischen Störmeldung und Gefahrenlage lösen sie sofort Alarm aus. Entsprechende Notfalleinsatzpläne mit Verantwortlichkeiten liegen vor.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Ziel ist, an Hand der Mission und Vision intern wie extern die ethische Grundhaltung und gemeinsame Wertvorstellungen sowie die Identität des Unternehmens, die Zielrichtung, Rahmenbedingungen und die Wettbewerbssituation darzustellen. Es zeigt in verschiedenen Rubriken unseren Umgang mit Patienten, Mitarbeitern, Kooperationspartnern sowie der Umwelt und gibt Informationen zu unserer ethischen Werthaltung, unserer Qualität und unserer Führungskultur. Führungsgrundsätze sind erarbeitet. Aushänge und die Veröffentlichungen im Intranet sollen zusätzlich dazu beitragen, dass das Leitbild gelebt wird. Neue Mitarbeiter erhalten das Leitbild bei der Einführungsveranstaltung.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Zwischen der Geschäftsführung und dem Betriebsrat finden regelmäßig Gespräche statt. Betriebsversammlungen dienen insbesondere der Transparenz bezüglich der aktuellen Situation des Hauses. Bei Bedarf erfolgt der Abschluss von Betriebsvereinbarungen. Wir pflegen eine kooperative Informationskultur. Durch Rundschreiben, das Intranet und das regelmäßig erscheinende Mitarbeitermagazin "INTERN" werden u.a. aktuelle Informationen der Geschäftsführung veröffentlicht. Jeder Mitarbeiter hat die Gelegenheit, sich mit persönlichen Anliegen an die Geschäftsführung zu wenden. Vierteljährlich findet ein Mitarbeiterdialog statt. Über das Betriebliche Vorschlagswesen finden Mitarbeitervorschläge Berücksichtigung.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Es ist unser Anspruch, religiöse Bedürfnisse sowie ethische und kulturelle Spezifitäten zu berücksichtigen. Ethische Problemstellungen werden vorrangig durch das Klinische Ethikkomitee sowie durch die im Haus tätigen Krankenhausseelsorger bearbeitet. Alle Mitglieder des Ethikkomitees stehen als Ansprechpartner zur Verfügung. Die Pflegemitarbeiter sind im Umgang mit Schwerstkranken, Sterbenden und Verstorbenen geschult. Eine Kapelle sowie ein Mescit stehen Patienten und Angehörigen zum Rückzug zur Verfügung.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Abgestimmt auf die strategischen Zielsetzungen des Unternehmens ist ein zielgruppenspezifischer Marketingplan erstellt. Zielsetzung ist es, die Effizienz der Kommunikation zu steigern, ein einheitliches Erscheinungsbild bei den Zielgruppen zu erzeugen, Vertrauen und Akzeptanz zu sichern und eine Erhöhung des Bekanntheitsgrades der SK-MG zu erreichen.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Aufbauend auf Ziel und Anspruch von Mission, Vision und Leitbild wird eine bauliche, medizinische und wirtschaftliche zentrale Zielplanung mit mehrjährigem Planungshorizont durch die Geschäftsführung und Betriebsleitung erstellt und durch den Aufsichtsrat freigegeben. Diese trägt den aktuellen medizinischen Entwicklungen Rechnung und hält das Unternehmen zukunftsfähig. Neu- und Erweiterungsbauten werden dazu errichtet und die medizinisch-pflegerisch-technischen Einrichtungen modernsten Anforderungen angepasst. Ziel der Bauplanung ist es, den Standort an die aufbau- u. ablauforganisatorischen, medizinischen und wirtschaftlichen Notwendigkeiten anzupassen und auf die Anforderungen der nächsten Jahrzehnte vorzubereiten. Die Geschäftsführung definiert in Abstimmung mit der Betriebsleitung jährlich in einem Strategieworkshop mit Führungskräften die strategischen Schwerpunkte. Der Finanz- und Investitionsplan wird für einen Zeitraum von fünf Jahren von der Geschäftsführung erstellt. Die Gesamtverantwortung für die Umsetzung des Wirtschaftsplans obliegt dem Geschäftsführer. Im Controlling werden laufende Soll/Ist - Vergleiche erstellt und zur unterjährigen Steuerung verwendet. Die Entwicklung des medizinischen Leistungsspektrums wird in Absprache mit den Chefarzten geplant. Neue Ausrichtungen erfordern dabei auch ein ständiges Beobachten und ggf. auch ein Update der schriftlich festgelegten Aussagen zu Unternehmenskultur und Führungsgrundsätzen.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Das kaufmännische Risikomanagement zielt darauf ab, die Risiken der Geschäftstätigkeit frühzeitig zu identifizieren, Konsequenzen der Übernahme von Risiken zu erkennen, potenziell erfolgsgefährdende Risiken zu steuern und existenzgefährdende Risiken zu vermeiden. Es stehen primär Risiken im Fokus, die mindestens eine wesentliche Auswirkung auf die zukünftige Entwicklung der Gesellschaft haben können. Es wird quartalsweise ein Risikobericht erstellt.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

In Erfüllung unseres gesetzlichen Versorgungsauftrags stellen wir uns unserer gesellschaftlichen Verantwortung auch gegenüber unseren Vertrags- und Kooperationspartnern. Bei den Zielplanungen werden die Rahmenbedingungen der kommunalen Krankenhausplanung sowie die landesweite Krankenhausbedarfsplanung berücksichtigt. Die Ausrichtung der Leistungsplanung erfolgt unter Berücksichtigung der Schwerpunktsetzung benachbarter Kliniken, um ein bedarfsgerechtes, wirtschaftliches Angebot vorzuhalten. Durch Kooperationspartner wird die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses gesichert und effizient ausgebaut. Die Klinik hat einen Förderverein, der die verantwortungsvollen Aufgaben des Krankenhauses aktiv unterstützt.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Ziel der im Hause etablierten Organisationsentwicklung ist, im Rahmen einer effizienten Prozesssteuerung eine offene, ehrliche und vertrauensvolle Unternehmenskultur im Unternehmen zu fördern und Vernetzung aktiv zu pflegen. Es existiert ein Leitfaden für die Durchführung von Besprechungen. In den Gremien gelten Geschäftsordnungen. Die regelmäßig stattfindenden Sitzungen erfolgen mit Einladung und Tagesordnung und werden protokolliert. Je nach Erfordernis werden die Ergebnisse der Sitzungen der Leitungsgremien den Führungskräften und Mitarbeitern durch Intranet, das Mitarbeiter Magazin INTERN oder in Mitarbeiter-Info-Veranstaltungen bekannt gemacht. Ein Projektmanagement ist eingerichtet. Es existiert ein Leitfaden zur Durchführung von Projekten. In vielen Bereichen des Krankenhauses sind Projekt- oder Arbeitsgruppen eingerichtet.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Die Unternehmensentwicklung ist geprägt durch zielgerichtete Gestaltung von Lern-, Entwicklungs- und Veränderungsprozessen. Die Mitarbeiter werden an Veränderungsprozessen aktiv beteiligt. Die notwendigen Qualifikationen und Befähigungen werden über Fort- und Weiterbildungsangebote intern und extern gefördert. Es ist erklärtes Ziel der Geschäftsführung, Möglichkeiten für eine moderne, familiengerechte Arbeitszeitgestaltung zu ermöglichen (z.B. Kindertagesstätte ist vorhanden). Die SK-MG ist Mitglied des Netzwerks "Erfolgsfaktor Familie". Die familiengerechte Arbeitszeitgestaltung ist in unserem Unternehmen ein Schlüsselthema einer zukunftsorientierten Personalpolitik.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

In der Klinik ist eine interdisziplinäre Qualitätskonferenz etabliert. Mitglieder sind der Geschäftsführer, die Betriebsleitungs-Mitglieder, der OP-Manager und die Leitung der Abteilung Qualitätsmanagement. Das QM Netzwerk ist in einem Organigramm dargestellt. In der Abteilung Medizincontrolling werden die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung koordiniert und durchgeführt. Zur medizinischen und pflegerischen Qualitätssicherung finden regelmäßig Gespräche mit den Leistungskräften bzw. Fachabteilungsgespräche statt.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Zielsetzung ist es, die standardisierten Abläufe in den Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozessen zu identifizieren und im Sinne einer zeitgemäßen, medizinischen, sozialen und ökonomischen Patientenversorgung zu optimieren. Zur Verbesserung des Prozessmanagements wurde u.a. die Funktion Logistik und Prozessmanagement eingerichtet. In vielen Handlungsanweisungen werden die notwendigen Prozesse zur Erfüllung der Anforderungen verbindlich dargestellt. Sie sind im elektronischen QM-Handbuch mit einem Gültigkeitsdatum hinterlegt. Sollten Prozesse bereichsübergreifend optimiert oder angepasst werden müssen, wird dies in entsprechenden Projekt -und Arbeitsgruppen erarbeitet. Initiiert werden die Projekte - je nach Zielsetzung und Aufgabenstellung - durch die Qualitätskonferenz, die Betriebsleitung, die Ge-

schäftsführung oder die verantwortlichen Führungskräfte. Für Führungskräfte und Mitarbeiter werden im Rahmen des Prozess- und Projektmanagements qualifizierte Fort- und Weiterbildungen angeboten.

6.2.1 Patientenbefragung

Um Stärken und Schwächen in der Versorgungsqualität aufzuzeigen und Verbesserungspotentiale zu identifizieren, werden auf der Grundlage eines Konzeptes in regelmäßigem Abstand standardisierte und zielgruppenspezifische Patienten - Befragungen durchgeführt. Die Ergebnisse werden den Verantwortlichen und Mitarbeitern präsentiert. Zur Bearbeitung der identifizierten Problembereiche werden Projekt - und Arbeitsgruppen eingesetzt. Aus den Ergebnissen werden Maßnahmen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung abgeleitet.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Um Stärken und Schwächen in der Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Bereich sowie Beweggründe, die zur Nichteinweisung führen, identifizieren zu können, werden auf der Grundlage eines Konzeptes Befragungen durchgeführt, z.B. bei niedergelassenen Ärzten der ambulanten Pflegediensten. Ergänzend zu den Einweiserbefragungen pflegen die Chefarzte persönliche Kontakte zu den Einweisern.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Durchführung von Mitarbeiterbefragungen erfolgt auch als eine Maßnahme zur Umsetzung der strategischen Zielsetzungen. Die Geschäftsführung und die Betriebsleitung möchten sich über diesen Weg ein Bild verschaffen, wie die Beschäftigten ihre Arbeit und ihr Umfeld einschätzen und welche Erwartungen sie haben. Die Ergebnisse werden allen Mitarbeitern präsentiert. Anhand einer Prioritätenmatrix lässt sich die Dringlichkeit des Handlungsbedarfs ableiten. Die Führungskräfte haben die Aufgabe, die Ergebnisse zu analysieren, Verbesserungspotentiale zu identifizieren und notwendige Maßnahmen zu ergreifen.

6.3.1 Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen

Im Rahmen der Patientenorientierung hat der Umgang mit Wünschen und Beschwerden eine hohe Bedeutung und verfolgt die Zielsetzung, die Zufriedenheit des Beschwerdeführers wiederherzustellen. Das etablierte strukturierte Beschwerdemanagement beinhaltet standardisierte Prozesse für die zügige Bearbeitung. Die Geschäftsführung wird über alle Beschwerden informiert. Prinzipiell können Beschwerden an jeden Mitarbeiter, an die Interne Beschwerdestelle, aber auch direkt an die Geschäftsführung gerichtet werden. Darüber hinaus steht eine unabhängige Beschwerdestelle zur Verfügung. Bei schriftlichen Beschwerden erfolgt unverzüglich eine Eingangsbestätigung, nach interner Recherche durch die Interne Beschwerdestelle werden die Beschwerdeschreiben zeitnah beantwortet. Wenn gewünscht, werden mit dem Beschwerdeführer und den Verantwortlichen zur Klärung des Sachverhaltes persönliche Gespräche geführt. Die Auswertungen der Beschwerden bildet die Basis für Verbesserungsmaßnahmen.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Zur Optimierung der Prozessqualität werden Kennzahlen und Vergleichsgrößen erhoben und ausgewertet. Anspruch ist, weitestgehend auf Routinedaten zurückzugreifen und zusätzlichen Dokumentationsaufwand zu vermeiden. Intern erfolgen zur externen Qualitätssicherung EDV-gestützte unterjährige Auswer-

tungen, um eine zeitnahe Steuerung zu ermöglichen. Neben der Pflichtdokumentation der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, beteiligen sich diverse Fachabteilungen an freiwilligen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die Datenqualität patientenbezogener Leistungen wird fortlaufend geprüft und Abweichungen mit den Verantwortlichen zur Einleitung von Verbesserungen besprochen.